

ORIGINAL

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20^{ma}. Asamblea
Legislativa

3^{ra}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 843

INFORME NEGATIVO

B de enero de 2026

TRAMITES Y RECORDS SENADO PR
RECIBIDO ENE23'26PM2'53 *jmcr*

AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Gobierno del Senado de Puerto Rico, previo estudio y consideración del Proyecto del Senado 843, no recomienda a este Alto Cuerpo su aprobación.

ALCANCE DE LA MEDIDA



El Proyecto del Senado 843 (en adelante, P. del S. 843) tiene como objetivo establecer la política pública sobre el acceso a la salud en Puerto Rico; establecer un Seguro Nacional de Salud con cobertura universal; crear la Corporación del Seguro Nacional de Salud, corporación pública que pondrá en vigor y administrará el Seguro Nacional de Salud; enmendar los Artículos 2(I)(P) y 12(A)(B)(C), de la Ley Núm. 111-2020, conocida como "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor"; enmendar el inciso (1), enmendar el inciso (3) y reenumerarlo como el nuevo inciso (2), enmendar el inciso (4) y reenumerarlo como el nuevo inciso (3) del Artículo 1-B; enmendar los Artículos 1-C (a)(b)(C)(4)(8) y 36 de la Ley Núm. 45 de abril de 1935, según enmendada, conocida como "Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo"; y derogar la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico"; y para decretar otras disposiciones complementarias.

ANÁLISIS DE LA MEDIDA

EL PLAN DE SALUD NACIONAL

La medida se concibe como una reconfiguración del rol del Estado en la salud. Bajo el título de "Ley del Plan Nacional de Salud", declara como política pública que

el acceso a la salud es un derecho humano fundamental y que la salud debe entenderse como un concepto amplio de bienestar físico, mental y social. A partir de esa premisa, afirma una responsabilidad indelegable del Gobierno en garantizar acceso seguro y equitativo a servicios de calidad, asumir gobernanza absoluta del sistema y supervisar y evaluar regularmente la calidad, efectividad, equidad y eficiencia, para asegurar un sistema sanitario público sin discriminación por condición social, raza, origen nacional, nacimiento, sexo, género, identidad de género, ideas políticas o creencias religiosas.

Esa política pública se traduce institucionalmente en la creación de una corporación pública sin fines de lucro conocida como la Corporación del Seguro Nacional de Salud (CSNS). La CSNS se diseña como un organismo gubernamental con personalidad jurídica independiente, destinado a canalizar y administrar fondos estatales y federales para operar un seguro nacional de salud mediante un sistema de pagador único. En el diseño propuesto, esta corporación sustituye y transforma las funciones de lo que hoy es ASES, y se organiza alrededor de una Junta de Directores con integración multisectorial del campo de la salud y de funcionarios natos (Salud, Hacienda y el Comisionado de Seguros), además de una Dirección Ejecutiva nombrada por la Junta para la gestión administrativa.

En el plano del derecho a la cubierta, el Seguro Nacional de Salud se plantea como universal y automático para toda persona con residencia en Puerto Rico desde el nacimiento hasta la muerte, sin depender de empleo, condición social o nivel socioeconómico y con elegibilidad transportable en escenarios de estudio, trabajo temporero o emergencia. A la vez, delimita que el derecho a la cobertura está atado a servicios prestados dentro del archipiélago y establece controles para evitar que el acceso sea el motivo principal de desplazamiento de personas sin residencia habitual, limitando en esos casos la atención a emergencias hasta que se complete una verificación administrativa. También preserva el principio de tercero pagador. Es decir, cuando exista un tercero legalmente responsable (aseguradoras privadas, planes públicos o extranjeros, patronos o entidades gubernamentales), la Corporación se reserva el derecho de reclamar reembolso.

La cubierta y beneficios se describen como amplios, integrados y continuos, abarcando salud física, mental, oral, visual, auditiva, sexual y reproductiva, con una formulación explícita que incluye cuidados prenatales, perinatales, posnatales y servicios de aborto y post aborto. La prestación incluye niveles primarios a supra terciario, modalidades con internamiento y ambulatorias, y atención presencial y remota. La cartera comprende prevención, diagnóstico, tratamiento, cirugía, farmacoterapia sin restricciones injustificadas por nivel de indicación clínica, rehabilitación, cuidados prolongados y paliativos, salud pública, transportación sanitaria urgente y no urgente, educación sanitaria y atención sociosanitaria. Se enfatiza que la prestación se basará en evidencia científica, con coordinación y continuidad, enfoque multidisciplinario, de género y de derechos humanos centrado

en la persona, y con exigencias de calidad, seguridad, accesibilidad y equidad sin discriminación.

Un rasgo definitorio del diseño es la reconfiguración del mercado asegurador. Esto se debe a que se prohíbe que aseguradoras privadas compitan con la cubierta del Seguro Nacional de Salud para la población no cubierta por Medicare, limitándolas a ofrecer planes complementarios para servicios no incluidos en la cubierta básica. La medida separa ese esquema del segmento Medicare y Medicare Advantage, que seguiría regulado por normativa federal y operaría de forma independiente al Seguro Nacional.



El financiamiento se estructura como un fondo mancomunado alimentado por una combinación de fondos estatales (incluyendo la reasignación de asignaciones hoy vinculadas a ASES y el Plan Vital y posibles impuestos especiales al consumo de productos dañinos a la salud), fondos federales (Medicaid, CHIP y otros canalizables conforme a reglamentación y acuerdos), y aportaciones mediante primas. En ese componente contributivo, la Corporación cobraría una prima sustentada por aportaciones de patronos, empleados, trabajadores por cuenta propia y personas retiradas, beneficiarias de Medicare, diseñada para sustituir primas privadas actuales, aportaciones del Fondo del Seguro del Estado relativas a salud por accidentes laborales y primas de ACAA por servicios médicos de accidentes vehiculares.

La implantación se concibe como gradual, planificada y por etapas, con prioridad durante el cuatrienio 2025–2028 para cubrir la población de 0 a 64 años (la no cubierta por Medicare), y con la declaración expresa de que esta prioridad se mantendrá como política pública aun con cambios de administración. Finalmente, el proyecto articula su efecto de integración normativa derogando ASES y enmendando definiciones y estructuras de junta en la Ley 111-2020 (ACAA), desplazando la arquitectura de gobernanza hacia la Junta de Directores de la Corporación del Seguro Nacional de Salud “según establecido en la Ley del Plan Nacional de Salud”.

DESAFÍOS JURÍDICOS DE UN PLAN DE SALUD NACIONAL

Los proyectos de ley que buscan implantar planes de salud universal a nivel estatal o territorial están jurídicamente condicionados por la doctrina de campo ocupado, particularmente por la *Employee Retirement Income Security Act* (ERISA). La propia cláusula de campo ocupado de ERISA dispone que sus disposiciones reemplazan todas y cada una de las leyes estatales en la medida en que se relacionen con cualquier plan de beneficios para empleados, lo cual delimita significativamente la capacidad de un estado o territorio para estructurar un sistema universal que incida sobre los planes de salud ofrecidos por patronos.¹ En esa lógica, la permisibilidad jurídica de estas medidas no es abstracta, sino dependiente del diseño concreto del plan y de si puede evitar colisiones con planes regulados por ERISA.²

¹ 29 U.S.C. § 1144(a).

² 29 U.S.C. § 1144(a); 1 Health L. Prac. Guide § 1B:9 (2025).

Esa limitación se apoya en jurisprudencia que invalida esquemas estatales cuando obligan o regulan la cobertura provista por patronos. En *Standard Oil Co. of California v. Aghsalud*, el tribunal concluyó que ERISA ocupó el campo de la ley de Hawái que requería que trabajadores estuvieran cubiertos por un plan de salud comprensivo, confirmando que un sistema estatal de cobertura obligatoria puede ser desplazado por ERISA cuando afecta planes de beneficios de empleados.³ De modo análogo, *Hewlett-Packard Co. v. Barnes* sostuvo que la regulación californiana bajo la *Knox-Keene Act* quedaba ocupada por ERISA reforzando que el espacio regulatorio estatal se reduce de forma marcada allí donde el mecanismo universal toca planes patronales.⁴

Como cuestión de hecho, los estados poseen autoridad inherente para regular la salud dentro de su jurisdicción, esa autoridad opera siempre que dicha regulación no entre en conflicto con la ley federal vigente, lo que en la práctica vuelve a anclar la discusión a la supremacía federal cuando el diseño afecta áreas cubiertas por legislación federal válida.⁵ Por ejemplo, en el caso de los estados federados, la Décima Enmienda no impide la aplicación de regulaciones federales generalmente aplicables cuando el estado actúa como participante del mercado, lo cual implica que los estados y territorios permanecen sujetos a mandatos federales que estructuran el entorno regulatorio en salud.⁶ En otras palabras, aun si un gobierno local pretende reordenar su sistema interno, lo hace dentro de un ecosistema de obligaciones federales que pueden ser examinadas como ejercicio del poder del Congreso bajo la Cláusula de Comercio y aplicarse de modo no discriminatorio tanto a entidades privadas como a estados.



Frente a esas restricciones, existe una vía limitada de implementación mediante *waivers* federales, en particular la Sección 1332 del *Affordable Care Act* (ACA), que faculta al Secretario de Salud federal a conceder dispensas si el plan estatal cumple con requisitos de comparabilidad de cubierta, comparabilidad de número de residentes cubiertos y neutralidad en déficit federal.⁷ Sin embargo, incluso bajo esa válvula, el planteamiento sigue siendo que la viabilidad jurídica depende del diseño y de la capacidad de la jurisdicción proponente de navegar el campo ocupado y restricciones estructurales del marco federal aplicable.⁸

Finalmente, los estados federados retienen autoridad para regular seguros bajo la "savings clause" de ERISA, que excluye del campo ocupado a ciertas leyes estatales, pero también advierte que esa excepción tiene alcance limitado en la medida en que no cubre adecuadamente los planes autoasegurados de beneficios de empleados, lo que reduce la eficacia de la regulación estatal como herramienta para implantar un

³ *Standard Oil Co. of Cal. v. Aghsalud*, 442 F. Supp. 695 (N.D. Cal. 1977).

⁴ *Hewlett-Packard Co. v. Barnes*, 425 F. Supp. 1294 (N.D. Cal. 1977).

⁵ *Nat'l Fed'n of Indep. Bus. v. Sebelius*, 567 U.S. 519 (2012).

⁶ *Indiana v. IRS*, 309 F. Supp. 3d 603 (S.D. Ind. 2018).

⁷ 42 U.S.C. § 18052.

⁸ 42 U.S.C. § 18052; 1 Health L. Prac. Guide § 1B:9 (2025).

sistema universal que se superponga con el universo ERISA.⁹ En ese sentido, sin una arquitectura que evite intervenir directamente con planes ERISA o sin mecanismos federales (*waivers* o ajustes legislativos federales), estos proyectos quedan jurídicamente limitados, y por eso muchos esfuerzos estatales tienden a tomar la forma de mandatos, subsidios o “public options” que coexisten con el mercado privado en vez de reemplazarlo completamente.¹⁰



En el contexto fiscal vigente en Puerto Rico, cualquier propuesta de implantación de un plan universal de salud debe evaluarse, además, a la luz de las obligaciones impuestas por la *Puerto Rico Oversight, Management, and Economic Stability Act* (“PROMESA”),¹¹ y del Plan Fiscal certificado conforme a dicha ley. En particular, PROMESA exige que la legislación aprobada por el Gobierno de Puerto Rico no sea incompatible de forma significativa con el Plan Fiscal certificado y queda sujeta a revisión por la Junta de Supervisión y Administración Financiera.¹² Ello implica que, aun cuando un diseño normativo pudiera sortear los límites impuestos por la doctrina de campo ocupado federal, particularmente bajo ERISA, su viabilidad jurídica y operativa permanece condicionada a que el esquema propuesto sea consistente con las proyecciones fiscales, los parámetros de sostenibilidad presupuestaria y las restricciones de gasto establecidas en el Plan Fiscal. En consecuencia, la compatibilidad con el Plan Fiscal no constituye una consideración meramente administrativa, sino un requisito estructural impuesto por ley federal que incide directamente en la legalidad práctica de cualquier reforma de alto impacto fiscal, incluyendo la creación de un sistema universal de salud o un modelo de pagador único administrado por el Estado.

ALCANCE DEL INFORME

La Comisión de Gobierno del Senado de Puerto Rico, como parte del estudio y evaluación del P. del S. 843 solicitó memoriales explicativos a la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF), a la Asociación de Alcaldes de Puerto Rico (AAPR), al Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), al Colegio de Abogados y Abogadas de Puerto Rico (CAAPR), al Departamento de Educación (DE), a la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), a la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), a la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Legislativa (OPAL), a la Oficina de Servicios Legislativos (OSL), al Departamento de Salud y a la Universidad de Puerto Rico (UPR).

⁹ 29 U.S.C. § 1144(b); 1 Health L. Prac. Guide § 1B:9 (2025).

¹⁰ 22 Ill. Prac., The Law of Medical Practice in Illinois § 38:14 (3d ed.).

¹¹ Puerto Rico Oversight, Management, and Economic Stability Act (“PROMESA”), Pub. L. No. 114-187, 130 Stat. 549 (2016).

¹² *Id.* § 204(a).

No obstante, únicamente se recibieron memoriales explicativos de AAFAF, del CAAPR, de la OSL, del Departamento de la Familia, de la OCS, del Departamento de Salud y de la UPR.

AUTORIDAD DE ASESORÍA FINANCIERA Y AGENCIA FISCAL DE PUERTO RICO

La AAFAF no endosó la medida en los términos en que fue presentada. En su análisis, la AAFAF indicó que el proyecto propone una reestructuración integral del sistema de salud de Puerto Rico mediante la creación de un Seguro de Salud universal que sustituiría el modelo vigente. Reconoció que la medida persigue el objetivo de promover el acceso a cuidado médico asequible, pero manifestó que el proyecto no provee contestaciones claras a las interrogantes fiscales que surgen de sus disposiciones.

Asimismo, la AAFAF expuso que, conforme a la Sección 204 de PROMESA, toda legislación con impacto fiscal o económico debe estar acompañada de un análisis riguroso de impacto fiscal, presupuestario y económico previo a su aprobación y envío a la consideración de la Gobernadora. En esa línea, analizó que la medida debería identificar expresamente sus fuentes de financiamiento o la reprogramación de fondos necesaria para asegurar neutralidad fiscal o, en su defecto, compatibilidad con el Plan Fiscal y el presupuesto certificado.



La AAFAF señaló que el establecimiento de un Seguro de Salud conlleva un impacto fiscal significativo que requiere un análisis detallado, incluyendo costos iniciales de implementación y posibles efectos de sustitución, ahorro o reasignación de recursos dentro del sistema de salud. Finalmente, la AAFAF concluyó que mantiene interrogantes fiscales y programáticas sobre la medida y expresó que, para contar con un cuadro más abarcador, resulta prudente recabar la opinión de agencias con peritaje en presupuesto y política pública de salud, tales como la OGP, el Departamento de Salud, el Departamento de Hacienda y la ASES, a cuyos comentarios otorgaría deferencia en la evaluación final de la medida.

COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE PUERTO RICO

El CAAPR endosó el Proyecto del Senado 843. En su memorial, el CAAPR indicó que el derecho a la salud constituye un derecho humano fundamental con anclaje constitucional en la dignidad del ser humano y en el derecho a la vida, y analizó que el Estado tiene la obligación ineludible de garantizar acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud, sin discriminación alguno. En ese contexto, expuso que la medida se inserta coherentemente dentro del marco constitucional y estatutario vigente, particularmente la Ley del Derecho a la Salud en Puerto Rico.

Asimismo, el CAAPR manifestó que el proyecto identifica correctamente las deficiencias estructurales del sistema de salud actual, altamente privatizado,

fragmentado y dominado por aseguradoras, y señaló que dicho modelo ha producido inequidad, altos costos, ineficiencia, énfasis excesivo en atención reactiva y curativa, y una peligrosa dependencia de fondos federales inestables. A la luz de ello, sostuvo que la medida propone una reforma necesaria y justificada.

El CAAPR afirmó que la medida atiende dichos problemas al devolver al ámbito público la provisión y administración del sistema de salud, destacó que el modelo de pagador único propuesto permitiría cobertura universal, reducción de gastos administrativos, fortalecimiento de la atención primaria y preventiva, y una inversión más eficiente en salud pública y servicios sociales. En esa línea, analizó que la creación de una corporación pública sin fines de lucro para administrar centralizadamente los fondos de salud promueve transparencia, equidad y control democrático, y elimina incentivos de lucro incompatibles con la realización del derecho a la salud.



En cuanto a la cobertura, el CAAPR indicó que la medida garantiza elegibilidad integral para toda persona residente en Puerto Rico durante todo su ciclo de vida y concluyó que ello es consistente con los principios de igualdad y no discriminación consagrados en la Constitución. Asimismo, manifestó que la medida fortalece las condiciones laborales de los profesionales de la salud mediante procesos participativos y transparentes para la determinación de tarifas y métodos de pago, con insumo técnico del Instituto de Estadísticas.

Finalmente, el CAAPR expresó que la implementación escalonada propuesta protege la estabilidad jurídica y fiscal del sistema, recomendó aclarar aspectos puntuales de elegibilidad para evitar lagunas jurídicas y concluyó que el proyecto adelanta de manera sustantiva la protección de derechos humanos fundamentales, fortalece la gobernanza pública y promueve un sistema de salud justo, sostenible y eficiente.

DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

El Departamento de la Familia no endosó el proyecto. En su exposición, el Departamento analizó que, de aprobarse el Plan Nacional de Salud, sería necesario enmendar o derogar legislación vigente clave, incluyendo leyes relacionadas con protección social por accidentes de vehículos de motor, compensaciones por accidentes del trabajo y la Administración de Seguros de Salud, lo que conlleva implicaciones institucionales y operacionales significativas.

El Departamento señaló que, según la Exposición de Motivos, la continuidad del sistema actual incrementaría servicios más costosos y predominantemente curativos, con efectos adversos sobre el presupuesto público, y observó que el modelo de salud de Estados Unidos no debe adoptarse como referente si se persigue garantizar acceso universal y de calidad. Aun así, precisó que la política pública vigente del Gobierno de Puerto Rico prioriza asegurar acceso a servicios adecuados,

costo-efectivos y de calidad para poblaciones de bajos ingresos y vulnerables mediante un sistema integrado que reduzca desigualdades y controle costos.

En cuanto a la gobernanza, el Departamento describió que actualmente la ASES dirige y contrata a aseguradoras y fija métricas; el Departamento de Salud define prioridades y supervisa el cumplimiento clínico; y la Oficina de la Gobernadora asegura alineación presupuestaria y sostenibilidad financiera. En esa línea, destacó que la política pública de la Gobernadora enfatiza ampliar acceso con fondos federales, reducir la fragmentación entre salud física y mental, fortalecer prevención y telemedicina y mejorar métricas de calidad.

Sobre el financiamiento propuesto, el Departamento expuso que la medida contempla fondos estatales, fondos federales (Medicaid y SCHIP) y aportaciones mediante primas, pero advirtió que no surge de la medida evidencia de consultas con el Gobierno federal para asegurar que no se perderían fondos por falta de alineación con el modelo federal. Por ello, recomendó recabar comentarios del Departamento de Salud y de la ASES como entidades expertas.

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS



La Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS) no endosó el proyecto. Tras examinar el Proyecto en su interacción con el marco legal y regulatorio vigente, la OCS analizó que la medida presenta serias limitaciones jurídicas y operacionales que afectan su viabilidad. En particular, expuso que la propuesta de consolidar en una sola corporación pública fondos estatales, fondos federales (incluyendo Medicare, Medicaid y SCHIP) y primas provenientes de patronos privados y planes regulados por ERISA entra en conflicto con requisitos claros de la normativa federal aplicable.

La OCS señaló que leyes federales como el *Affordable Care Act* y ERISA imponen restricciones sustantivas sobre la capacidad de los estados y territorios para estructurar esquemas de pagador único o de salud universal utilizando fondos federales, y advirtió que ERISA limita expresamente la intervención estatal en planes de salud patrocinados por patronos. De igual forma, explicó que los programas de Medicare y Medicaid operan bajo marcos regulatorios estrictos que no permiten la redistribución o consolidación de fondos sin autorización expresa del Congreso o de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

En ese contexto, la OCS manifestó preocupación porque, aunque el Proyecto sugiere negociar con CMS para flexibilizar el uso de fondos federales, dicha propuesta no garantiza viabilidad legal ni presupuestaria y podría comprometer la continuidad de servicios actualmente provistos bajo Medicare, Medicare Advantage y el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Además, advirtió que la creación de una corporación pública con facultades amplias sobre fondos federales, comerciales y regulados por ERISA, sin un marco legal claro, podría generar duplicidad de funciones, conflictos regulatorios estatales y federales, riesgos fiscales y una

incertidumbre significativa para proveedores de servicios de salud respecto al pago por sus servicios.

DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud no endosó la medida y manifestó que se encuentra imposibilitado de respaldarlo en este momento. En su memorial, el Departamento indicó que la salud constituye un derecho fundamental anclado en la Constitución de Puerto Rico y expuso que es la única agencia con responsabilidad constitucional directa de velar por la salud de toda la ciudadanía, establecer objetivos de salud pública y desarrollar estrategias para proteger la vida y la seguridad del pueblo. En ese marco, describió el rol central que desempeña en la administración del sistema de salud, particularmente mediante el Programa Medicaid y su coordinación con la ASES en la implantación del Plan de Salud del Gobierno Vital.



Desde una perspectiva salubrista, el Departamento coincidió con la intención legislativa y reconoció que la iniciativa es loable y responde a la necesidad de optimizar recursos, reducir la fragmentación y reestructurar el sistema para hacerlo más coherente, eficaz y costo-efectivo. No obstante, advirtió que la transformación propuesta es de alta complejidad y, por su magnitud e impacto social, requiere un diseño participativo, representativo y coordinado entre todos los sectores, así como una nueva estructura administrativa e infraestructura adecuada.

Asimismo, el Departamento señaló que la implementación del modelo propuesto exigiría modificar el *State Plan* y someterlo a la aprobación y recertificación completa del Gobierno federal a través de los *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS) bajo los Títulos XIX y XXI, expresando preocupación por las limitadas probabilidades de obtener dicha aprobación federal, a la luz de precedentes históricos y de restricciones federales como ERISA. También manifestó inquietud porque la medida no contempla un plan alternativo que garantice la continuidad de servicios durante el período de espera de una determinación federal o ante una posible denegatoria.

Finalmente, el Departamento concluyó que, ante el escenario fiscal actual, las restricciones impuestas por PROMESA y los recortes de la Junta de Control Fiscal, la implementación del P. del S. 843 no resulta viable en este momento. Por ello, aunque reconoció el noble interés que anima la propuesta legislativa y reafirmó su compromiso con la salud pública y las poblaciones vulnerables, afirmó expresamente que se encuentra imposibilitado de respaldar el Proyecto del Senado 843.

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

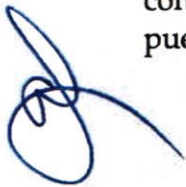
La UPR, a través del Recinto de Ciencias Médicas (RCM), no endosó el Proyecto del Senado 843 en su estado actual. En su análisis, la UPR manifestó que comparte la meta de garantizar un sistema de salud equitativo y accesible; sin embargo, advirtió

que la magnitud y trascendencia de la reforma exige estudios actuariales y fiscales independientes, así como un análisis de impacto económico riguroso que evalúe los efectos sobre el modelo vigente y el rol de las aseguradoras en la economía del país.

Asimismo, la UPR expuso que la propuesta requiere una discusión amplia y multisectorial y subrayó la necesidad de un plan de transición gradual con salvaguardas legales que aseguren la sostenibilidad del sistema. Enfatizó que un cambio abrupto, sin planificación, podría poner en riesgo la estabilidad del sistema existente y la continuidad de servicios esenciales.

En particular, el RCM analizó que cualquier reforma de salud impacta directamente sus operaciones como eje del sistema de salud universitario y detalló afectaciones potenciales en acreditaciones (LCME, ACGME, CODA), programas de residencia, escenarios clínicos para estudiantes, investigación biomédica y traslacional, hospitales universitarios y procesos de contratación y acuerdos colaborativos vigentes. Además, afirmó que toda reforma debe garantizar la autonomía universitaria y la de los hospitales universitarios.

Ante la ausencia de un plan coordinado sustentado en datos confiables y científicos, con garantías claras de financiamiento, la UPR concluyó que se encuentra imposibilitada de apoyar la medida en estos momentos. Finalmente, señaló que resulta necesario contar con el aval del Departamento de Salud y de la ASES como entes principales del sistema, y expresó su disposición a colaborar y aportar conocimiento técnico en iniciativas futuras orientadas al mejoramiento de la salud del pueblo de Puerto Rico.



IMPACTO FISCAL MUNICIPAL

En cumplimiento con el Artículo 1.007 de la Ley 107-2020, según enmendada, conocida como "Código Municipal de Puerto Rico", la Comisión de Gobierno señala que, al no recomendar la aprobación del P. del S. 843, no corresponde emitir una certificación afirmativa sobre la ausencia de impacto fiscal en los gobiernos municipales.

CONCLUSIÓN

La Comisión de Gobierno del Senado de Puerto Rico llevó a cabo un análisis riguroso, detenido y responsable del Proyecto del Senado 843, examinándolo a la luz del marco constitucional vigente, las restricciones fiscales impuestas por PROMESA, el entramado regulatorio federal aplicable al financiamiento y administración de servicios y seguros de salud, y los memoriales explicativos sometidos por las entidades con peritaje técnico, fiscal y operativo sobre el sistema de salud del territorio de Puerto Rico. Este ejercicio no se limitó a ponderar las aspiraciones normativas de la medida, sino que atendió sus consecuencias jurídicas y su impacto sobre la estabilidad del sistema público.

Del análisis realizado surge con claridad que, si bien el proyecto invoca fines legítimos, la vía legislativa adoptada presenta deficiencias jurídicas sustantivas, serias limitaciones fiscales y obstáculos operacionales significativos. El expediente legislativo refleja un consenso amplio entre los organismos responsables de la política fiscal, la regulación del seguro, la administración del sistema de salud, la protección social y la educación médica, en cuanto a que el P. del S. 843 carece de los análisis actuariales, económicos y presupuestarios indispensables para sustentar una reforma de esta magnitud, y que su implantación, en las condiciones propuestas, comprometería la continuidad, estabilidad y financiamiento de servicios esenciales de salud.



La Comisión toma conocimiento, además, de las advertencias reiteradas y fundamentadas sobre la incompatibilidad del esquema propuesto con el ordenamiento federal que rige programas medulares como Medicaid, Medicare y los planes patrocinados por patronos bajo ERISA. Estas advertencias responden a restricciones legales claras, confirmadas tanto por la experiencia histórica como por el marco normativo y jurisprudencial federal aplicable. La medida descansa, en lo esencial, sobre la expectativa incierta de autorizaciones federales extraordinarias que no están bajo el control del Gobierno de Puerto Rico y cuya eventual denegatoria colocaría a la isla ante riesgos fiscales, institucionales y programáticos de considerable magnitud.

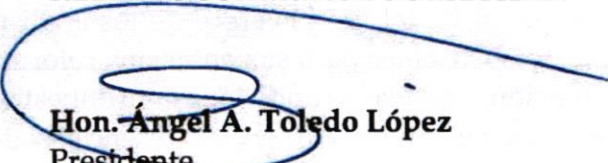
Asimismo, la Comisión considera especialmente preocupante que el proyecto proponga una transformación estructural del sistema de salud sin un plan de transición claramente definido, sin salvaguardas suficientes para garantizar la continuidad de servicios durante procesos de negociación o revisión federal y sin mecanismos adecuados para proteger instituciones críticas como los hospitales universitarios, los programas de residencia médica, la investigación biomédica y la autonomía universitaria. Una reforma de esta envergadura, implantada sin datos confiables, sin coordinación interinstitucional efectiva y sin viabilidad financiera demostrada, no se ajusta a los estándares de gobernanza responsable que deben guiar la acción legislativa.

En ese contexto, la Comisión no comparte la premisa de que la urgencia de reformar el sistema de salud justifique la aprobación de legislación estructuralmente deficiente. El interés público no se adelanta mediante formulaciones aspiracionales desconectadas de la realidad jurídica y fiscal, ni mediante la alteración precipitada de un sistema que, aun con sus limitaciones, sostiene actualmente servicios vitales para una parte significativa de la población. La protección efectiva del derecho a la salud exige rigor, disciplina fiscal, respeto al ordenamiento jurídico y una apreciación realista de las limitaciones constitucionales y federales que rigen a Puerto Rico.

En atención al balance de los intereses involucrados, la Comisión de Gobierno del Senado de Puerto Rico no recomienda la aprobación de la medida.

POR TODO LO ANTES EXPUESTO, la Comisión de Gobierno del Senado de Puerto Rico tiene a bien presentar ante este Alto Cuerpo el Informe Negativo sobre el **Proyecto del Senado 843**, no recomendando su aprobación.

RESPETUOSAMENTE SOMETIDO.



Hon. Ángel A. Toledo López
Presidente
Comisión de Gobierno
Senado de Puerto Rico